



## FORMULARIO DE APELACIÓN

Envíela a:  
**CenCal Health**  
**Departamento de Servicios para Miembros**  
**4050 Calle Real, Santa Bárbara, CA 93110**  
**Fax: 805-692-1684 Número de Teléfono, libre de cobro, 1-877-814-1861**

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:	Número de Medi-Cal:
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Nombre del proveedor:		
<b>Descripción de su apelación. Por favor proporcione fechas, horarios, lugares y nombres. Si es necesario, use una segunda hoja o el reverso de esta página.</b>		
Firma de la persona que llenó este formulario:	Fecha:	

### Sus Derechos

Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de este "aviso de acción" (NOA por sus siglas en inglés) para registrar una apelación. Pero, **si usted está en este momento recibiendo tratamiento y desea continuar recibiendo tratamiento, debe pedir una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha del sello postal de esta carta, o fecha que se le entregó, O antes de la fecha en que su plan de salud dice que los servicios van a parar. Usted tiene que decir que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando registre su apelación. Usted mismo puede registrar una apelación. O también puede pedirle a un pariente, amigo, defensor, doctor, o a un abogado que registre una apelación por usted. Puede mandar cualquier tipo de información que quiera que su plan de salud revise. Un doctor, que no estuvo involucrado en la primera decisión, repasará su apelación.

Su plan de salud tiene 30 días para darle una respuesta. En ese tiempo, recibirá una carta de "notificación de resolución de apelación". Esta carta le dirá lo que el plan de salud ha decidido. **Si usted no recibe una carta dentro de 30 días, usted puede pedir una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso.** Por favor lea la siguiente sección para obtener instrucciones sobre cómo pedir una audiencia estatal.

#### **SU DERECHO DE SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL**

Si registró una apelación y recibió la carta de "notificación de resolución de apelación" (NAR por sus siglas en inglés) avisándole que su plan de salud todavía no proporcionó el servicio, **o no recibió una carta avisándole de la decisión y ya pasaron 30 días**, usted puede pedir una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. Usted no será responsable por pagar para una Audiencia Estatal.

Usted tiene que pedir una audiencia estatal dentro de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "notificación de resolución de apelación." Puede pedir una "Audiencia Estatal" por teléfono o por escrito:

Por teléfono: llame al número **1-800-952-5253**. Este número puede estar muy ocupado. Tal vez le darán un mensaje para que llame otra vez. Si usted no puede oír o hablar bien, por favor llame a la línea de **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

Por escrito: su solicitud para una "Audiencia Estatal" se debe enviar a: State Department of Social Services, State Hearing Division, Post Office Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.